Vingt-cinq ans de statistiques sur la mortalité dans la région de l'Outaouais 1969-1993

Ont collaboré à ce document:

Rédaction: Jean-Pierre Courteau

Traitement statistique: René Gélinas

Édition: Sylvie Bélisle / Colette Cloutier

Pour plus d'informations vous pouvez contacter:

Dr Jean-Pierre Courteau

Médecin conseil

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux
de l'Outaouais

Direction de la santé publique de l'Outaouais

104, rue Lois

Hull (Québec)

J8Y 3R7

Dépôt légal – Avril 1997

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-920780-44-1

© 1997

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION 5

2. MÉTHODOLOGIE 6

3. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ EN OUTAOUAIS DE 1969 À 1988 7

4. RÉSULTATS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS 11
4.1 La mortalité «toutes causes» 11
4.2 Les maladies de l'appareil circulatoire 12
4.3 Les néoplasies 13
4.3.1 Le cancer du poumon 14
4.3.2 Le cancer colorectal 15
4.3.3 Le cancer du sein 15
4.3.4 Le cancer du pancréas 15
4.3.5 Le cancer de la prostate 15
4.3.6 Les autres cancers 16
4.4 Les maladies de l'appareil respiratoire 16
4.5 Les suicides 16
4.6 Les accidents de la circulation 17
4.7 Le diabète 18
4.8 Les états morbides mal définis 18
4.9 Les autres causes de décès 19

5. LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES ASSOCIÉES À CERTAINES CAUSES DE DÉCÈS 19

6. RÉSULTATS DES ANALYSES PAR TERRITOIRES 21
6.1 Le territoire Hull-Aylmer 21
6.2 Le territoire Draveurs-Moulin 23
6.3 Le territoire Vallée-de-la-Lièvre-Petite-Nation 23
6.4 Le territoire Rivière Gatineau 24
6.5 Le territoire du Pontiac 26

7. DISCUSSION 27

8. CONCLUSION 28

9. RÉFÉRENCES 29

106-06208/

1. INTRODUCTION

La réforme et la décentralisation du système de santé québécois entraînent pour les Régies régionales des responsabilités de planification accrues et accentuent leurs besoins de données régionales et infra-régionales sur l'état de santé. Or les indicateurs de mortalité constituent la base du portrait de santé d'une population. En dépit de ses limites, la mortalité demeure la mesure la plus valide de l'état de santé. En outre, les indicateurs de mortalité sont aussi performants, plus robustes et moins coûteux à produire que n'importe quel autre indicateur de «besoins» pour l'allocation des ressources en santé.[1] Par ailleurs, la réduction de la mortalité évitable demeure un objectif incontournable de tous les systèmes de santé et un indicateur universel de progrès social.

Les données de mortalité pertinentes à la planification socio-sanitaire doivent être plus qu'un assemblage de nombres et de taux. Pour contribuer au processus continu de priorisation des problèmes de santé, les données de mortalité doivent être analysées et interprétées périodiquement en lien avec les tendances québécoises et nord-américaines, les variations spatiales supra- et infra-régionales et les connaissances nouvelles sur les déterminants des problèmes et sur les interventions efficaces pour les prévenir et les contrôler.

Nous avons voulu relever le défi de réaliser dans ce document un diagnostic populationnel clair et pertinent basé sur les plus récentes données de mortalité disponibles pour l'Outaouais, soit celles de la période 1989-1993. Notre objectif principal était de passer en revue toutes les principales causes de décès, de décrire l'évolution des taux et de mettre en lumière les excès observés en Outaouais et dans les territoires infra-régionaux par rapport à l'ensemble du Québec. Ce document analytique ne contient pas de données exhaustives sur les décès. Pour avoir accès à ces données, le lecteur consultera l'un ou l'autre des recueils de tableaux publiés par la Direction de la santé publique de l'Outaouais en 1996.[2,3] ■

2. MÉTHODOLOGI

Les données régionales et provinciales utilisées dans cette étude proviennent du Bureau de la Statistique du Québec (BSQ) et ont été traitées à la Direction de la santé publique de l'Outaouais. Quelque 350 enregistrements ont nécessité un traitement particulier. Ils concernaient des résidents de l'Outaouais décédés en Ontario et ne comportaient pas de cause de décès, celle-ci n'ayant pas été saisie à l'origine. Ces décès avaient été classifiés par le BSQ dans la catégorie «états morbides mal définis». En appariant ces enregistrements avec ceux de la base de données nationale de Statistique Canada sur les décès, nous avons réussi à en compléter environ une centaine, lesquels ont pu être attribués aux catégories appropriées. Il en restait cependant environ 250 pour lesquels la cause «initiale» du décès est demeurée inconnue. Les taux calculés pour l'Outaouais et ses territoires dans ce document sont donc sous-estimés. Si les 250 causes de décès manquantes se distribuaient comme l'ensemble des autres causes analysées, la sous-estimation pour chacune des causes spécifiques de décès serait de l'ordre de 3%.

Pour le reste, le traitement statistique des données et le découpage géographique des districts de CLSC sont identiques à ceux décrits dans nos publications antérieures, notamment dans le document *Vingt ans de mortalité dans la région de l'Outaouais, 1969 à 1988*.[4] Pour la présente étude, des districts de CLSC ont été regroupés pour constituer les «territoires» créés en 1994 dans le cadre du plan de transformation du système de santé dans la région. Il faut noter que nos analyses par districts de CLSC et par territoires sont très précises, puisqu'elles sont réalisées à l'aide des codes postaux de résidence des personnes décédées. Elles respectent aussi scrupuleusement les délimitations «terrain» des districts de CLSC, contrairement à celles publiées par le Ministère de la santé et des services sociaux par exemple, qui sont basées, sauf exception, sur le découpage des municipalités régionales de comtés (MRC). Or, pour des raisons historiques, l'Outaouais est la région du Québec où le découpage des MRC diffère le plus de celui des districts de CLSC. ■

3. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ EN OUTAOUAIS DE 1969 À 1988.

Avant de présenter les résultats de l'analyse des décès de la période 1989-1993, nous croyons qu'il est utile de revenir brièvement sur les tendances observées de 1969 à 1988 en Outaouais et de les discuter en lien avec les connaissances récentes sur l'interprétation des indicateurs de mortalité. Deux grands constats résultaient de l'analyse des données 1969-1988 : (1) la baisse générale des taux de décès dans la région a été moins rapide que dans l'ensemble du Québec et conséquemment, (2) la surmortalité observée dans la région en 1969-1973 s'est accrue au cours des 3 périodes quinquennales suivantes.

La baisse générale des taux de décès s'inscrit dans une tendance séculaire universelle. En effet, toutes les observations faites tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement démontrent un recul substantiel et continu de la mortalité depuis le début du vingtième siècle.[5,6,7,8,9] Plusieurs auteurs avaient pourtant prédit au cours des années '70 le ralentissement et même le plafonnement de l'espérance de vie. Ils évoquaient les limites biologiques du corps humain, la diminution progressive des bénéfices attendus de la croissance économique [10], ainsi que le retour de plus en plus faible des investissements réalisés dans la technologie médicale [11]. Ces facteurs ne se sont pas révélés déterminants jusqu'à maintenant puisque l'espérance de vie continue à croître à un rythme soutenu.[12]

Plus récemment, d'autres auteurs ont prédit la fin abrupte de la baisse des taux de mortalité à cause de la crise économique du début des années '80. [13,14] Dans les pays d'Afrique et d'Amérique latine particulièrement, durement touchés par la récession et la diminution de l'aide internationale, on s'attendait à ce que les taux de décès augmentent de façon marquée. Or, contre toute attente, la tendance séculaire à la baisse s'est poursuivie dans presque tous les pays du monde, à l'exception notable des pays d'Europe de l'est. [15] Même les pays les plus pauvres d'Afrique n'ont pas vu leur mortalité infantile augmenter, alors même que leur revenu moyen per capita diminuait du tiers au cours des années '80.[16,17]

Il ne faudrait cependant pas conclure que les crises économiques et le chômage ne se traduisent dpas par une stagnation ou par une détérioration de l'état de santé. La santé comporte évidemment des dimensions qui sont plus sensibles à ces influences que la mortalité, comme la morbidité, l'état nutritionnel ou la sensation générale de bien-être des individus par exemple.[18,19]

Le concept de «capital-santé» développé par Murray et Chen[9] est utile pour comprendre la robustesse des taux de mortalité face aux influences ponctuelles, telles les crises économiques. Selon ces auteurs, le capital-santé d'une population comprend deux types d'acquis, physiques et sociaux, qui agissent en synergie. Les premiers tiennent à l'infrastructure du système de santé, au système d'éducation, aux transports, au logement, au réseau d'égouts et au système d'approvisionnement en eau potable. Les acquis sociaux comprennent l'instruction et l'éducation de la population, ses perceptions, connaissances et comportements en matière de santé, son état nutritionnel de base, ses institutions sociales, etc. Ces caractéristiques des populations et de leur environnement sont relativement stables, sauf en cas de désastres majeurs comme la guerre ou la famine. Même dans ces cas extrêmes, les observations épidémiologiques démontrent que les taux de mortalité rejoignent rapidement leur trajectoire séculaire lorsque la situation redevient normale.[20,21,22,23,24]

Ainsi, même si le cycle de crises économiques que traversent la province et la région depuis le début des années '80 a sans doute entamé le «capital-santé» de la population de l'Outaouais, nous ne nous attendons pas à ce que son influence soit suffisante pour renverser ou même ralentir la tendance séculaire à la baisse des taux de décès.

3. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ EN OUTAOUAIS DE 1969 À 1988.

Comment explique-t-on dans la littérature cette tendance universelle? On y retrouve les deux hypothèses rivales traditionnelles, soit l'amélioration des conditions de vie et les progrès de la science médicale. Plusieurs recherches ont démontré que le déclin de la mortalité a précédé l'accessibilité quasi-générale aux soins de santé et le développement des technologies médicales actuelles. L'amélioration des conditions de vie représenterait donc le facteur explicatif majeur, médié notamment par une amélioration générale de l'apport nutritionnel, de la salubrité des logements et de l'approvisionnement en eau potable. À ces facteurs, il convient d'ajouter les changements sociaux, culturels et comportementaux qui ont favorisé le déclin de la mortalité, et particulièrement celle attribuable aux maladies cardiovasculaires dans la seconde moitié du siècle.[25] La baisse des taux de mortalité par maladies cardiovasculaires est d'ailleurs responsable à elle seule de 85% de la baisse du taux de mortalité générale au Québec entre 1971 et 1994.[26]

Par ailleurs, le déclin général de la mortalité observé depuis le début du vingtième siècle s'est accompagné d'une persistance des écarts entre les classes socio-économiques. Cette observation a de quoi surprendre puisque, au début du siècle, à une époque où les maladies infectieuses étaient responsables de la majorité des décès prématurés, on croyait qu'il suffirait d'améliorer les conditions de vie des pauvres pour qu'ils jouissent d'une espérance de vie similaire à celle des riches. On s'aperçoit aujourd'hui que les rapports des taux de décès des riches par rapport à ceux des pauvres n'ont jamais varié de plus de 30-40% depuis cent ans.[27] La seule différence, c'est que ce sont maintenant les maladies chroniques, maladies cardiovasculaires et cancers surtout, qui sont responsables des écarts entre riches et pauvres. Il faut donc aujourd'hui évoquer d'autres déterminants pour expliquer les différences entre l'état de santé des riches et celui des pauvres.

C'est ici qu'intervient une autre observation fascinante. L'étude d'Alameda County effectuée en Californie a démontré que même en tenant compte de tous les facteurs de risque connus - facteurs biologiques, maladies et facteurs de risque environnementaux et comportementaux - on n'arrivait pas à expliquer plus de 50% de la différence entre les taux de mortalité des riches et des pauvres.[28] Selon les connaissances les plus récentes, le reste serait attribuable à des facteurs psycho-sociaux et culturels, notamment au «sens de contrôle sur sa vie» (assimilable à la notion de pouvoir), qui serait sensiblement plus faible à mesure qu'on s'abaisse dans l'échelle sociale.[29] Antonovsky l'appelle «sentiment de cohérence», c'est-à-dire «la conviction que la vie a un sens et qu'on peut y changer quelque chose».[30] Chez les individus les plus pauvres de la société, notamment chez ceux occupant des emplois mal rémunérés et comportant des tâches répétitives, ce déterminant agirait en synergie avec les facteurs de risque connus (par ailleurs plus prévalents chez eux [31]) pour augmenter leurs effets négatifs sur l'état de santé.

* * *

L'étude *Variations de la mortalité en fonction du taux de pauvreté des quartiers en Outaouais urbain et dans les grandes villes du Québec*,[32] dont les résultats ont été publiés à la fin de 1996, jette un éclairage nouveau sur les excès de mortalité observés dans la région entre 1969 et 1988. L'étude illustre l'importance du fait que l'Outaouais urbain, qui regroupe plus de 70% de la population régionale, constitue un sous-ensemble relativement pauvre de la région métropolitaine de recensement (RMR) de la capitale nationale. Ainsi, même si le revenu moyen en Outaouais urbain est plus élevé que la moyenne québécoise, ses taux de mortalité

3. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ EN OUTAOUAIS DE 1969 À 1988.

relativement élevés ne sont pas vraiment surprenants à la lumière de son statut de parent pauvre de la région de la capitale nationale.

En effet, les travaux de Wilkins et al.[17], qui portent sur l'ensemble des villes canadiennes, ont démontré la valeur prédictive du concept de richesse relative sur la mortalité, comparativement à une mesure plus absolue, comme le revenu familial. Le concept de richesse relative permettrait de mieux mesurer les dimensions non économiques de la richesse et de la pauvreté, particulièrement le rang dans la hiérarchie sociale d'une communauté, lequel semble corrélé avec les facteurs psycho-sociaux et culturels importants que nous avons déjà mentionnés.[14]

Les variations de la mortalité selon le taux de pauvreté des quartiers montrent que l'Outaouais urbain présente le profil typique, décrit dans la littérature, d'un ensemble urbain où la richesse est mal distribuée et où les inégalités de revenu entre riches et pauvres sont grandes.[15,16] Pourtant, contre toute attente, ce n'est pas le cas. La distribution de la richesse, telle que mesurée par l'index Robin Hood37 au recensement de 1986, semble plus équitable en Outaouais urbain que dans l'ensemble du Québec urbain.[12] En l'absence de ces inégalités pourtant prévisibles, l'hypothèse de l'influence de facteurs reliés à la pauvreté relative de l'Outaouais urbain et à sa spécificité socio-culturelle au sein de la RMR de la capitale nationale gagne en crédibilité.

Notre étude a démontré par ailleurs que la surmortalité observée dans notre secteur urbain par rapport à l'ensemble du Québec touche l'ensemble des groupes socio-démographiques mais qu'elle est notablement plus importante chez les hommes des quartiers les plus pauvres. Les écarts de mortalité entre riches et pauvres sont relativement grands en Outaouais urbain, surtout pour les causes de décès fortement reliées aux habitudes de vie (maladies cardiaques, cancer du poumon, maladies respiratoires chroniques et suicide).

* * *

Le recul moins rapide de la mortalité et les taux comparatifs élevés observés en Outaouais par rapport au Québec de 1969 à 1988 suscitent donc tout un réseau d'explications et d'hypothèses reliées aux caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires de notre région. C'est avec ces explications et ces hypothèses en filigrane que nous présenterons maintenant les résultats de l'analyse des données de mortalité 1989-1993. ■

4. RÉSULTATS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS.

4.1 La mortalité «toutes causes»

Les taux de mortalité générale ajustés pour le vieillissement de la population de l'Outaouais ont reculé de 12% chez les hommes et de 9% chez les femmes entre 1984-1988 et 1989-1993 (figure 1). Même si cette baisse a été plus rapide que celle observée dans l'ensemble du Québec, les taux comparatifs de mortalité «toutes causes» dans la région sont encore d'environ 5% supérieurs à ceux du Québec. L'espérance de vie à la naissance entre 1989 et 1993 était de 72,8 années chez les hommes de l'Outaouais contre 73,4 années au Québec. Chez les femmes, elle était de 80,3 années contre 80,8 années au Québec.

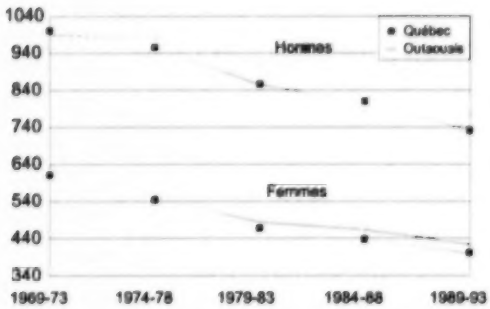

Figure 1 - Taux de mortalité pour 100 000, selon le sexe Toutes causes (CIM9 001-999), tous les âges 1969-73 à 1989-93, Québec et Outaouais

4.2 Les maladies de l'appareil circulatoire

Ce groupe de maladies, qui comprend les maladies cardiaques et cérébro-vasculaires, demeure la première cause de décès dans les pays développés. On leur attribue près de 40% des quelque 1700 décès observés annuellement en Outaouais entre 1989 et 1993. Les taux comparatifs ont baissé au même rythme que ceux du Québec depuis la période précédente, soit d'environ 20% (figure 2). Les taux observés dans la région dépassent encore les taux québécois de 11% chez les hommes et de 6% chez les femmes.

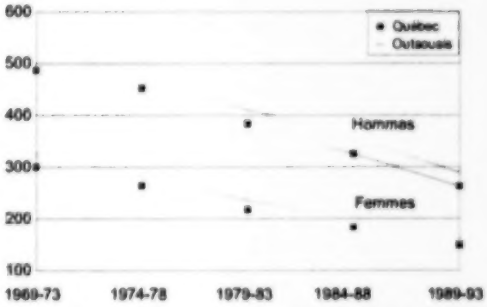

Figure 2 - Taux de mortalité pour 100 000, selon le sexe, 1969-73 à 1989-93, Québec et Outaouais Maladies de l'appareil circulatoire (CIM9 390-459), tous les âges

4.3 Les néoplasies

Le nombre de décès attribuables à l'ensemble des cancers a augmenté entre 1984-1988 et 1989-1993. Les taux comparatifs, qui tiennent compte du vieillissement de la population, ont cependant légèrement diminué et sont identiques aux taux québécois, tant chez les hommes que chez les femmes. Ces résultats encourageants dissimulent cependant des excès de décès attribuables à certains types spécifiques de cancers.

4.3.1 Le cancer du poumon

Responsable d'environ 160 décès par année, il demeure la cause de décès par cancer la plus fréquente en Outaouais et au Québec. Les taux comparatifs sont de 3 à 4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, mais les tendances pour chaque sexe sont différentes (figure 3). Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon a augmenté de 20% depuis la période précédente. Chez les hommes, les taux comparatifs ont baissé pour la première fois en 25 ans, d'environ 5%, même si le nombre de décès continue à augmenter. La comparaison avec le Québec est peu flatteuse, puisque le taux régional est de 11% supérieur au taux québécois. Cet excès de décès par cancer du poumon dans la région est une tendance de fond qui remonte à au moins 25 ans.

4. RÉSULTATS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS.

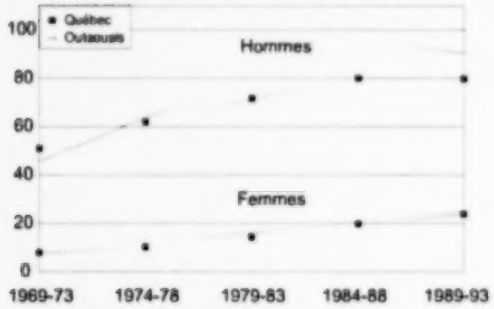

Figure 3 - Taux de mortalité pour 100 000, selon le sexe, 1969-73 à 1989-93, Québec et Outaouais Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon (CIM 162, 163), tous les âges

4.3.2 Le cancer colorectal

Il s'agit de la deuxième cause de décès par cancer dans la région, responsable d'environ 60 décès par année. Le cancer colorectal touche à peu près également les hommes et les femmes et les taux comparatifs de mortalité pour ce type de cancer sont en diminution au cours des dernières années. Les taux comparatifs régionaux et québécois observés durant la période 1989-1993 sont identiques.

4.3.3 Le cancer du sein

Le cancer du sein est le troisième plus mortel dans la région, faisant environ 50 victimes par an. Les taux comparatifs observés depuis 25 ans en Outaouais sont identiques aux taux québécois correspondants et sont remarquablement stables.

4.3.4 Le cancer du pancréas

Ce cancer particulièrement difficile à traiter est responsable de près de 25 décès par année en Outaouais. Il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Les taux comparatifs observés dans la région durant la période 1989-1993 sont identiques aux taux québécois.

4.3.5 Le cancer de la prostate

Le cinquième cancer en importance pour la mortalité, le cancer de la prostate est responsable d'environ une vingtaine de décès par année dans la région. Les taux comparatifs observés dans la région et au Québec sont similaires et ils augmentent lentement depuis la période 1969-1973.

4.3.6 Les autres cancers

Excluant ceux mentionnés précédemment, les types de cancers causant le plus de décès dans la région sont, dans l'ordre, le cancer de l'estomac et les leucémies (environ 20 décès chacun par an), les lymphomes et les cancers de la cavité buccale et du pharynx (entre 15 et 20 décès par an chacun). Viennent ensuite les cancers du cerveau, du rein, de l'ovaire et de la vessie, qui sont responsables d'une dizaine de décès chacun par année. Parmi les autres cancers gynécologiques de la femme, le cancer du col utérin et le cancer de l'endomètre font en moyenne trois victimes par année dans la région. Pour tous ces cancers, les taux comparatifs observés dans la région sont similaires à ceux du Québec.

4.4 Les maladies de l'appareil respiratoire

Ce groupe de maladies comprend deux grandes sous-catégories. La première, appelée «pneumonie et grippe» regroupe des causes de décès d'origine infectieuse, responsables d'environ 35 décès par année en Outaouais. La seconde désigne l'ensemble des maladies obstructives chroniques, soit la bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme principalement. Ces maladies causent près d'une centaine de décès par an dans la région et les taux comparatifs de l'Outaouais dépassent de 30% les taux québécois correspondants.

4.5 Les suicides

Une cinquantaine de suicides par année ont été enregistrés au Fichier des décès du Québec pour la région de l'Outaouais au cours de la période 1989-1993. Quatre suicidés sur cinq étaient des hommes. Le taux comparatif pour cette période est similaire à celui du Québec. Il dissimule cependant un excès de suicides de 46% chez les hommes de 35-69 ans vivant

4. RÉSULTATS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS.

en milieu rural, c'est-à-dire à l'extérieur du noyau urbain de Hull, Gatineau et Aylmer. Le taux de suicides dans l'ensemble de l'Outaouais a cependant baissé de 15% par rapport à la période 1984-1988, durant laquelle on avait observé le taux comparatif le plus élevé des 25 dernières années (figure 4).

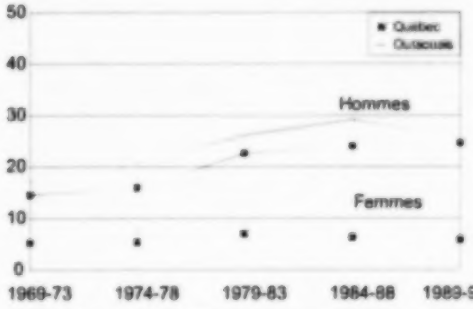

Figure 4 - Taux de mortalité pour 100 000, selon le sexe, 1969-73 à 1989-93, Québec et Outaouais Suicides (CIM9 E950-E959), tous les âges

4.6 Les accidents de la circulation

Les accidents de la circulation ont fait une quarantaine de victimes par année en Outaouais au cours de la période 1989-1993. Les trois quarts de ces victimes étaient des hommes. Les taux sont en forte baisse dans la région depuis le début des années '70, comme ailleurs au Québec (figure 5).

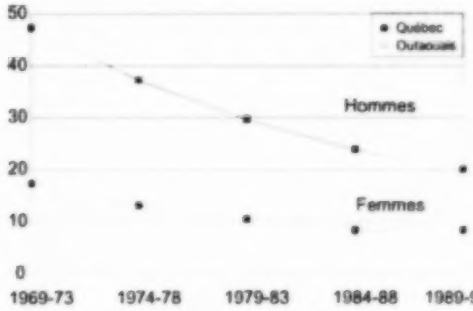

Figure 5 - Taux de mortalité pour 100 000, selon le sexe, 1969-73 à 1989-93, Québec et Outaouais Accidents de la circulation (CIM9 E810-E819), tous les âges

Les taux comparatifs de l'Outaouais sont maintenant similaires à ceux observés dans l'ensemble du Québec. Les taux sont cependant deux fois plus élevés en Outaouais rural qu'en Outaouais urbain.

4.7 Le diabète

Les décès attribués directement au diabète ne constituent qu'une infime partie de la contribution de cette maladie à la mortalité générale. Le diabète constitue notamment une condition aggravante dans les maladies de l'appareil circulatoire. Une quarantaine de décès par année ont été reliés au diabète comme cause «initiale» de décès en Outaouais durant la période 1989-1993. Le taux comparatif est de 17% plus élevé que celui de l'ensemble du Québec.

4.8 Les états morbides mal définis

Les décès compilés par le BSQ dans cette catégorie entre 1989 et 1993 sont nettement plus nombreux en Outaouais que dans les autres régions du Québec. Il s'agit cependant d'un artéfact puisque la très grande majorité de ces décès sont survenus en Ontario et leurs enregistrements ont été transmis au BSQ sans comporter de cause de décès. Grâce au fichier national de Statistique Canada, nous avons réussi à documenter environ une centaine de ces causes de décès. Environ 250 causes de décès demeurent cependant indéterminées pour la période de l'étude. Les taux de mortalité «toutes causes» ne s'en trouvent pas affectées, mais les taux de décès par causes spécifiques sont sous-estimés en moyenne de 3%.

4.9 Les autres causes de décès

Une vingtaine de décès par année respectivement ont été attribués aux catégories «néphrite et néphrose» et «troubles mentaux» durant la période 1989-1993. Les décès par «néphrite et néphrose» ont été relativement plus nombreux (15%) que dans l'ensemble du Québec.

5. LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES ASSOCIÉES À CERTAINES CAUSES DE DÉCÈS.

Nous avons utilisé cet indicateur pour quantifier la durée moyenne de vie perdue (en assumant une espérance de vie de 75 ans) lors d'un décès survenu en Outaouais de 1989 à 1993. Le tableau 1 présente ces résultats pour l'ensemble des décès et pour certaines causes spécifiques.

Tableau 1 Durée moyenne de vie perdue (en années) avant l'âge de 75 ans, Outaouais, 1989 - 1993, toutes causes et certaines causes spécifiques de décès.

Toutes causes	10,9
Tumeurs malignes	10,2
Cancer de l'estomac	8,0
Cancer du pancréas	8,4
Cancer colorectectal	8,5
Cancer poumon	9,4
Cancer du sein	12,4
Cancer de la prostate	3,6
Leucémie	15,3
Lymphome	15,8
Diabète	6,9
Mal. cardiaques ischémiques	6,7
Cancer du sein	12,4
Mal. obstructives chroniques	4,6
Pneumonies	3,8
Accidents de la circulation	11,1
Suicides	13,4
Chutes	4,9

Le tableau 1 démontre clairement le coût social important des suicides et des accidents de la route, qui impliquent des individus relativement jeunes. Les leucémies et lymphomes, qui ont une courbe d'incidence bi-modale, atteignent surtout des personnes très âgées mais aussi beaucoup de jeunes adultes. Ils sont ainsi responsables d'une perte de longévité moyenne relativement importante parmi les cancers. Les cancers du système digestif les plus fréquents et le cancer du poumon entraînent en moyenne une perte de huit à dix années de vie. Le cancer du sein comporte une mortalité prématurée encore plus importante. À l'opposé, le cancer de la prostate, avec un taux de survie similaire à celui du cancer du sein, cause peu de mortalité prématurée car il survient relativement tardivement. Le diabète, les maladies cardiaques, les maladies respiratoires chroniques et les chutes accidentelles entraînent moins d'années perdues en moyenne que les cancers. Enfin, les maladies cérébrovasculaires et les pneumonies qui s'avèrent mortelles sont des affections touchant presque toujours des personnes âgées. ■

6. RÉSULTATS DES ANALYSES PAR TERRITOIRES.

Nous exposerons brièvement dans cette section les faits saillants des analyses de mortalité réalisées pour chacun des 5 territoires de l'Outaouais. Nous insisterons sur les causes de décès pour lesquelles le territoire présente des excédents comparativement à l'ensemble du Québec, puisque ces excédents sont susceptibles d'influencer la priorisation des problèmes de santé sur le territoire.

6.1 Le territoire Hull-Aylmer

Ce territoire est le plus populeux de la région. On y a décompté environ 600 décès par année au cours de la période 1989-1993. L'excès de mortalité «toutes causes» était de 6% comparativement à l'ensemble du Québec. Cet excès camoufle cependant de grandes inégalités entre les deux districts de CLSC du territoire. Le taux comparatif de mortalité «toutes causes» à Grande-Rivière est inférieur à la moyenne québécoise, alors que la population desservie par le CLSC de Hull présente un excès de mortalité de 10% par rapport à la moyenne québécoise. Cet excès s'explique par une surmortalité par cancer du poumon (30%), par maladies de l'appareil circulatoire (9%), par diabète (30%), par maladies obstructives chroniques (47%) et par maladies de l'appareil digestif (30%).

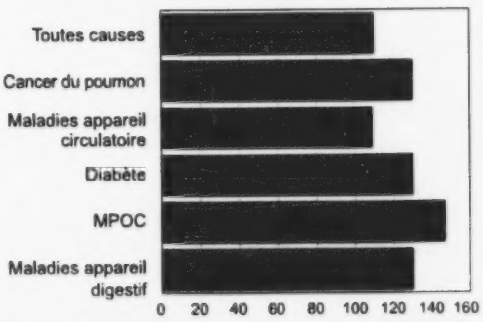

Figure 6 - Territoire Hull-Aylmer Indices comparatifs de mortalité significativement plus élevés que la moyenne québécoise,1989-1993 (Québec = 100)

6.2 Le territoire Draveurs-Moulin

Ce territoire est presqu'aussi populeux que celui de Hull-Aylmer. Cependant, on y compte beaucoup moins de décès (400 par année en moyenne), sa population étant beaucoup plus jeune. La standardisation des taux met quand même en lumière un excès de 8% dans la mortalité «toutes causes». Cet excès est largement attribuable à une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire (22%) et par maladies obstructives chroniques (42%).

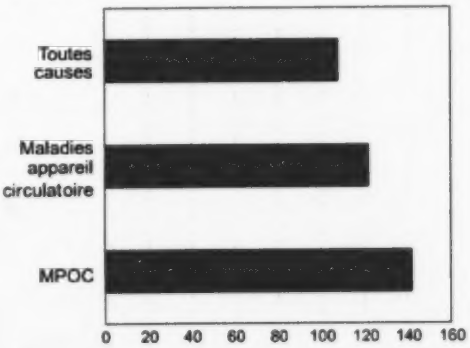

Figure 7 - Territoire Draveurs-Moulin Indices comparatifs de mortalité significativement plus élevés que la moyenne québécoise,1989-1993 (Québec = 100)

6.3 Le territoire Vallée-de-la-Lièvre-Petite-Nation

Le territoire «rural» le plus populeux, on y recensait environ 300 décès par année au cours de la période 1989-1993. Le taux comparatif de mortalité «toutes causes» y est identique au taux québécois moyen. Trois causes de décès sont associées à des taux comparatifs élevés sur l'ensemble du territoire : les maladies cérébrovasculaires (excès de 22%), le cancer de l'estomac (excès de 58%) et le suicide (excès de 82%). Par ailleurs, les taux de décès par accidents de la circulation et par suicides dans le district de CLSC de la Petite-Nation sont presque deux fois plus élevés que les taux québécois moyens correspondants.

6. RÉSULTATS DES ANALYSES PAR TERRITOIRES.

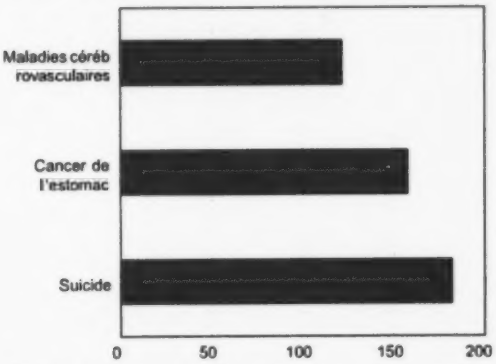

Figure 8 - Territoire Vallée-de-la-Lièvre - Petite-Nation Indices comparatifs de mortalité significativement plus élevés que la moyenne québécoise, 1989-1993 (Québec = 100)

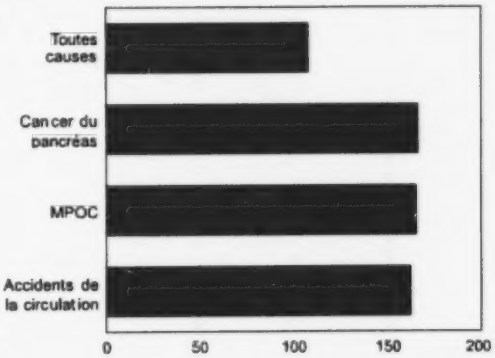

Figure 9 - Territoire Rivière-Gatineau Indices comparatifs de mortalité significativement plus élevés que la moyenne québécoise,1989-1993 (Québec = 100)

6.4 Le territoire Rivière Gatineau

On a observé une moyenne de 240 décès par année dans ce territoire entre 1989 et 1993. Le taux comparatif de mortalité «toutes causes» dépasse de 8% le taux québécois moyen, mais cette surmortalité est essentiellement localisée dans le district du CLSC de la Rivière Désert (excès de 16% par rapport au Québec). Une seule cause de décès, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, entraîne une surmortalité dans le district du CLSC Vallée-de-la-Gatineau (excès de 49%). En revanche, on observe dans le district de la Désert une surmortalité associée à plusieurs sites de cancers et aux maladies obstructives chroniques. Globalement, le territoire présente une surmortalité par cancer du pancréas (66%), par maladies pulmonaires obstructives chroniques (65%) et par accidents de la circulation (62%).

6.5 Le territoire du Pontiac

On observait environ 150 décès par année sur ce territoire durant la période 1989-1993. L'excès de 9% comparativement au Québec est réparti parmi les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les accidents de la route et les suicides. Cependant, à cause de la taille réduite de la population et du faible nombre de décès observés, ces excès par causes spécifiques ne sont pas statistiquement significatifs. ■

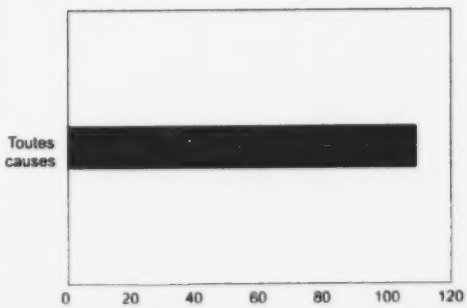

Figure 10 - Territoire Pontiac Indice comparatif de mortalité significativement plus élevé que la moyenne québécoise,1989-1993 (Québec = 100)

7. DISCUSSION

Le portrait de l'Outaouais dépeint par son profil de mortalité n'a pas changé radicalement depuis la dernière période d'observation, en l'occurence 1984-1988. Ce portrait est également criant de simplicité. L'Outaouais est une région où les taux de mortalité sont plus élevés que la moyenne québécoise sur l'ensemble du territoire, à l'exception des secteurs plus favorisés d'Aylmer, de la Vallée-de-la-Gatineau et de La-Lièvre-Petite-Nation. Ceci dit, même dans ces secteurs il existe des îlots moins favorisés, notamment à Deschesnes, dans le vieux Aylmer et dans la partie nord du territoire du CLSC de la Vallée-de-la-Gatineau.

L'écart entre les taux comparatifs moyens du Québec et de l'Outaouais demeure à peu près inchangé depuis le début des années '80. Cependant, la surmortalité observée dans la région pour la période 1989-1993 est maintenant répartie à peu près également entre les secteurs ruraux et les secteurs urbains. Ainsi, les taux comparatifs ont baissé de 30% en Outaouais urbain depuis 25 ans, mais seulement de 17% en Outaouais rural. Cette évolution est probalement liée au phénomène de migration sélective vers les grands centres, désigné sous le nom de «désintégration démographique» des communautés rurales.

À elles seules, les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables des deux tiers des décès excédentaires observés dans la région par rapport à l'ensemble du Québec. Les maladies pulmonaires chroniques et le cancer du poumon sont, dans l'ordre, les autres maladies contribuant le plus à cette surmortalité. Les taux comparatifs associés à ces trois grandes causes de décès sont nettement plus élevés dans les secteurs urbains que dans les secteurs ruraux de la région.

En général, les décès par accidents de la circulation sont relativement fréquents dans l'ensemble des secteurs ruraux. Certains territoires ruraux ont également des causes de surmortalité qui leur sont spécifiques. Ainsi, le taux de décès par suicide est élevé sur le territoire de La Lièvre-Petite-Nation au cours de la période 1989-1993, poursuivant en cela une tendance observée dans ce territoire depuis au moins 25 ans. Les décès par cancers de l'estomac y sont également relativement fréquents. On note également une surmortalité par cancers du pancréas sur le territoire Rivière-Gatineau. Dans le cas de ces deux cancers relativement rares, les excès observés ne s'inscrivent cependant dans aucune tendance. ■

8. CONCLUSION

Les indicateurs de mortalité tiennent une place importante dans la mesure de l'atteinte de plusieurs objectifs de la politique de santé et de bien-être. Les données de la période 1989-1993, qui serviront de ligne de base pour l'exercice de planification 1992-2002, indiquent que l'Outaouais a amorcé cet exercice avec une surmortalité d'environ 10% pour les principales maladies associées au tabagisme, soit les maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon et les maladies respiratoires chroniques. Par ailleurs, l'ampleur de la mortalité prématurée associée aux accidents de la route et aux suicides dans les communautés rurales de l'Outaouais justifie l'intensification des activités visant à prévenir et à contrôler ces problèmes

9. RÉFÉRENCES

1. Birch S, Eyles J, Newbold KB. Proxies for healthcare need among populations: validation of alternatives - a study in Quebec. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996; 50: 564-569.

2. Émond L, Gélinas R. *Mortalité en Outaouais 1989 à 1993 - Nombres de décès, taux standardisés et indices comparatifs*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1996.

3. Émond L. *Évolution de la mortalité en Outaouais, 1969-1973 à 1989-1993 - Selon différentes causes, Outaouais urbain et rural, territoires de CLSC*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1996.

4. Courteau JP, Émond L. *Vingt ans de mortalité dans la région de l'Outaouais, 1969 à 1988*. Département de santé communautaire, Centre Hospitalier Régional de l'Outaouais, Hull, 1991.

5. Stolnitz GJA. A century of international mortality trends I. *Population Studies 1955*; 11: 24-55.

6. United Nations. *World Monitoring Report* 1991. United Nations, New York, 1991.

7. Caldwell JC. Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review* 1986; 12: 171-220.

8. Fredericksen H. Determinants and consequences of mortality trends in Ceylon. *Public Health Reports* 1961; 76: 659-663.

9. Gray RH. The decline of mortality in Ceylon and the demographic effects of malaria control. *Population Studies* 1974; 28: 205-229.

10. Gwatkin DR. Indications of change in developing country mortality trends. The end of an era? *Population and Development Review* 1980; 6: 615-644.

11. Birdsall N. Thoughts on good health and good government. *Daedalus* 1989; 118(1): 89-124.

12. Millar W. L'espérance de vie des Canadiens. *Rapports sur la santé* 1995; 7(3) : 23-26.

13. Cornia GA, Jolly R, Stewart F (Eds): *Adjustment with a Human Face: Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*, Vol. I. Oxford University Press, New York, 1987.

14. UNICEF. *The State of the World's Children 1990*. Oxford University Press, New York, 1990.

15. Watkins SC, Menken J. Famines in historical perspective. *Population and Development Review* 1985; 11: 647-675.

16. Murray CJL, Chen LC. In search of a contemporary theory for understanding mortality change. *Social Science & Medicine* 1993; 36(2): 143-155.

17. Hill K, Pebley AR. Child mortality in developing countries. *Population and Development Review* 1989; 15: 657-687.

18. Sen AK. Objectivity and position: Assessment of health and wellbeing. In *Health and Social Change in International Perspective* (Edited by Chen LC, Kleinman A, Ware N). Cambridge University Press, Cambridge, 1993.

19. Murray CJL, Chen LC. A conceptual approach to morbidity in the health transitions. *Population and Development Review*. New York: Population Council. 1993.

20. Blix G, Hofvander Y, Vahlquist B (Eds): *Famine: A Symposium Dealing with Nutrition and Relief Operations in Times of Disasters*. Almquist & Wicksell, Stockholm, 1971.

RÉFÉRENCES

21. De Waal A. Famine mortality: a case study of Darfur, Sudan 1984-5. *Population Studies* 1989; 43: 5-24.

22. Curlin GT, Chen LC, Hussain SB. Demographic crisis: the impact of the Bangladesh civil war (1971) on births and deaths in a rural area of Bangladesh. *Population studies* 1976; 30: 87-105.

23. Chowdhury AK, Chen LC. The interaction of nutrition, infection, and mortality during recent food crises in Bangladesh. *Food and Resources Institute Studies* 1977; 16: 47-61.

24. Dyson T. On the demography of South Asian Famines. *Population studies* 1991; 45: 279-297.

25. Farquhar JW. Keynote Address: How Health Behavior Relates to Risk Factors. *Circulation* 1993; 88(3): 1376-1380.

26. Laplante O, Bibeau G. *Surveillance de la mortalité au Québec : année 1994*. Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, février 1997.

27. Najman JM. Health and poverty: past, present and future. *Social Science & Medicine* 1993; 36(2): 157-166.

28. Kaplan GA. *Twenty Years of Health in Alameda County: The human population laboratory analyses*. San Francisco, Californie: Annual Meeting of the Society for Prospective Medicine, 1985.

29. Haan M, Kaplan GA, Syme SL. Socioeconomic status and health: Old observations and new thoughts. In Bunker JP, Gomby DF, Kehrer BH (Eds): *Pathways to Health: The Role of Social factors*. Palo Alto, Californie: H.J. Kaiser Family Foundation, 1989.

30. Antonovsky A. The sens of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Science* 1992; 6(3): 165-170.

31. Locker D, Payne B, Ford J. Area Variations in Health Behaviors. *Canadian Journal of Public Health* 1996; 87(2): 125-129.

32. Courteau JP, Trempe N. Variations de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté desquartiers en Outaouais urbain et dans les grandes villes du Québec. *Les Cahiers Québécois de Démographie* (accepté pour publication).

33. Wilkins R, Adams O, Brancker A. Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986. *Rapports sur la santé* 1989; 1(2) : 137-174.

34. Marmor TR, Barer ML, Evans RG. The Determinants of a Population's Health: What Can Be Done to Improve a Democratic Nation's Heath Status? In: *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. Walter de Gruyter, New York, 1994.

35. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* 1992; 304: 165-168.

36. Reijneveld SA. Causes of Death Contributing to Urban Socioeconomic Mortality Differences in Amsterdam. *International Journal of Epidemiology* 1995; 24(4): 740-749.

37. Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *British Medical Journal* 1996; 312: 1004-1007.